UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 69

FACULTE DE MEDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉRIE & DE L'ÉPILEPSIE

CHEZ L'ENFANT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Juin 1910

PAR

M. CATANEI

Né à Calcatoggio (Corse), le 18 janvier 1880

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse { BAUMEL, Professeur, *Président.* / GRANEL, Professeur, / VIRES, Agrégé, / SOUBEYRAN, Agrégé, } *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1910

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉRIE & DE L'ÉPILEPSIE

CHEZ L'ENFANT

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 69

FACULTE DE MEDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉRIE & DE L'ÉPILEPSIE

CHEZ L'ENFANT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Juin 1910

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

PAR

M. CATANEI

Né à Calcatoggio (Corse), le 18 janvier 1880

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

BAUMEL, Professeur, *Président.*
GRANEL, Professeur,
VIRES, Agrégé,
SOUBEYRAN, Agrégé,
} *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD . . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲) Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér
Clinique chirurgicale	TÉDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✲)
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✲)
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique.	TRUC (✲).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .	RAUZIER. Chargé de l'enseignemen de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Éd.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

Examinateurs de la Thèse

MM. BAUMEL, *président.* | VIRES, *agrégé.*
GRANEL, *professeur.* | SOUBEYRAN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE

DE MON PÈRE LE DOCTEUR CATANEI

MÉDECIN DU " GÉNÉRAL CHANZY ", MORT EN MER LE 10 FÉVRIER 1910

Dont le souvenir bien cher est à jamais gravé en notre cœur.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

Enlevé trop prématurément à notre affection.

A MA MÈRE

Modeste témoignage de piété filiale.

A MES SŒURS ET A MES BEAUX-FRÈRES

A MON NEVEU

A MON ONCLE LE DOCTEUR CECCALDI

A MES ONCLES, A MES TANTES

ET A LEURS ENFANTS

M. CATANEI.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ÉDOUARD BOSC

CHEF DE SERVICE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE AUX HOPITAUX DE MONTPELLIER

Témoignage de profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. BAUMEL

INTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

Témoignage de sincère amitié.

A MON AMI ANDRÉ GUIDERDONI

PHARMACIEN

En souvenir d'une affectueuse amitié.

M. CATANEI.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BAUMEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

MÉDECIN-CHEF A L'HOPITAL SUBURBAIN DE MONTPELLIER

Témoignage de profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GRANEL

PROFESSEUR DE BOTANIQUE ET D'HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR VIRES

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES VIEILLARDS A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR SOUBEYRAN

PROFESSEUR-AGRÉGÉ

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE ROUVILLE

PROFESSEUR DE GYNÉCOLOGIE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

M. CATANEI.

AVANT-PROPOS

Ce jour devait être pour nous plein de bonheur, mais hélas !... la Fatalité en a décidé autrement. Notre cœur est encore et pour toujours sous la poignante émotion de la tragique nuit du 10 février dernier pendant laquelle la mer nous ravit le Père que nous chérissions.

Notre désir le plus cher aurait été de lui offrir, au retour d'un de ses voyages, dans l'étreinte coutumière et toute pleine d'affection réciproque, le modeste fruit de nos études. Mais, maintenant, il ne nous reste plus que la triste consolation de garder de ce Père tendrement aimé un souvenir ému et bien attristé. Il est vivace en notre cœur. Il sera pour nous un précieux exemple, et nous essaierons, dans la mesure de notre possible, de vivre comme il a vécu.

C'est à notre mère que va notre tribut d'admiration. Qu'elle soit assurée ici de toute la reconnaissance que nous lui devons, car elle nous a fait ce que nous sommes. Notre affection pour elle est sans bornes. Nos sœurs et nos beaux-frères ont aussi droit à notre gratitude et à notre vive affection.

A nos oncles, à nos tantes et à leurs enfants, nous offrons aussi cette marque de notre affection.

Nos cousins et nos cousines Morati, Sarrola et Antoine Catanei seront assurés des liens bien sincères qui nous rattachent à eux.

PREFACE

Nous sommes heureux, avant de commencer ce travail, de pouvoir consacrer un usage qui nous fournit l'occasion d'acquitter notre dette de reconnaissance envers nos maîtres de la Faculté de Médecine de Montpellier. C'est pour nous un devoir bien agréable à remplir que celui de les remercier publiquement de leurs savantes leçons et des marques de sympathie qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer pendant le cours de nos études médicales.

Que M. le professeur Baumel, qui nous suggéra ce travail et dont l'amitié nous fut si précieuse, veuille bien accepter l'hommage de notre respectueuse admiration et de notre profonde gratitude.

A Monsieur le professeur Granel, dont la bienveillance et l'amitié nous furent non moins précieuses ; à M. le professeur Vires, qui daigna s'intéresser à nous à plusieurs reprises, ainsi qu'à M. le professeur Soubeyran, dont l'accueil charmant ne nous fut jamais ménagé, nous présentons l'expression de notre vive reconnaissance.

Qu'il nous soit permis de dire combien nous sommes reconnaissant à M. le docteur Edouard Bosc, de l'aide morale qu'il nous offrit sans cesse, relevant notre courage défaillant dans les moments difficiles et qui fut pour nous un véritable ami. Nous lui devons trop pour que nous l'oubliions jamais.

Nous remercions bien vivement notre excellent ami, M.

le docteur Baumel, interne des hôpitaux de Montpellier, qui nous aida de ses conseils quand nous eûmes recours à lui.

Nous tenons aussi à adresser à MM. les docteurs Gaujoux, Maillet, chefs de clinique, Réveil, interne des hôpitaux, dont la bienveillante amitié nous fut toujours précieuse, l'expression de notre sympathie.

Que notre confrère et ami, le docteur Betta, soit assuré de la réciprocité de notre sincère amitié.

Nous n'aurons garde d'oublier nos amis : M. Vidal, préparateur à l'Ecole d'Agriculture de Montpellier ; les docteurs F. Fournier, Arochas, Edouard Laurent, Padovani, Zimmer, Pauleau, Alberti, Jean Parès, Chiarasini, Lanfranchi, Orsatelli, Martinetti, Colonna de Leca, Armand Dussol, pharmacien ; Romieu frères, Bonnaud, Milhaud, Guidoni, et G. Padovani, avocat.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉRIE & DE L'ÉPILEPSIE

CHEZ L'ENFANT

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

L'hystérie et l'épilepsie se rencontrent d'ordinaire chez la femme, entre l'âge de 15 et 50 ans et le début coïncide souvent avec la puberté. Il existe cependant une hystérie masculine.

L'hystérie est, pour M. le professeur Baumel, une névrose caractérisée par certain état nerveux, par des stigmates ou par des attaques particulières.

D'après M. le professeur Grasset, l'hystérie est une névrose complexe du système nerveux tout entier et plus spécialement du cerveau, caractérisée par les divers signes cliniques suivants. Les crises ne sont que l'exagération d'un phénomène habituel d'ordre psycho-physiologique. Sous l'influence de certaines émotions nous ressentons des frissons, de la gêne respiratoire, parfois même

nous tombons en syncope. Ce sont des crises hystériques. Si ces phénomènes ressentis par nous tous sont exagérés chez certains sujets, la cause restant la même, leur ensemble formera une crise d'hystérie. Un hystérique est donc un sujet qui exagère certaines réactions psycho-physiologiques, qui a un appareil hystérogène très développé et facile à actionner par certaines émotions.

Pour M. le professeur Vires, l'hystérie est un syndrome mental dû à l'inattention, au non-contrôle des neurones supérieurs d'association, neurones mentaux. Ceux-ci, siège et réservoir des souvenirs et des images, antérieurement acquis, à l'aide desquels s'édifient les processus psychiques, donnant naissance par auto-suggestion du malade sous l'influence d'une idée fixe primaire, à des idées secondaires toujours subconscientes ou grâce à des causes multiples (souvenirs obsédants, émotions morales vives, traumatisme), à des perturbations kinesthésiques, sensorielles, motrices ou intellectuelles multiples.

L'épilepsie, pour M. le professeur Baumel (et nous nous arrêterons à sa définition), l'épilepsie est une névrose caractérisée tantôt par de simples absences intellectuelles avec perte momentanée de connaissance (petit mal), tantôt, au contraire, et le plus souvent, par des attaques subites terrassant le malade en pleine santé apparente et le réduisant à l'état de masse inerte (sauf la respiration et la circulation qui persistent) et cela pendant un temps plus ou moins long. Après quoi surviennent des convulsions, toniques d'abord, cloniques ensuite, enfin du stertor et du coma. La malade sort de son attaque comme hébétée et ne se rappelle rien de ce qui vient de se passer.

Les causes de l'hystérie et de l'épilepsie sont multiples. Elles sont générales et locales.

Parmi les premières, l'hérédité se place au premier rang. On est presque d'accord à ce sujet, et Briquet affirme que sur trois jeunes filles issues de mères hystériques, une au moins était destinée à le devenir, et, en effet, sa théorie reçoit des confirmations journalières. Il est fréquent de rencontrer dans une famille, mère et fille à la fois hystériques et même épileptiques, réalisant leur névrose par des phénomènes extérieurs différents, mais avec un fond identique. Si nous affirmons donc que l'hystérie et l'épilepsie engendrent souvent l'hystérie et l'épilepsie, nous n'aurons guère crainte d'être contredit ; mais où la question est plus discutée, plus épineuse, c'est au sujet de l'influence d'autres névroses ou de diathèses sur l'hystérie et l'épilepsie des descendants. D'abord, la neurasthénie, la chorée et même toutes les autres affections de l'encéphale, peuvent-elles créer une hérédité capable d'engendrer l'hystérie et l'épilepsie ? Oui, affirmons-nous. Et s'il est plus fréquent de voir hystériques les générateurs engendrant des descendants hystériques, il n'est pas rare de les trouver épileptiques chroniques, en un mot appartenant à la grande famille névropathique. Cette influence de l'hérédité de transformation ou similaire est tellement nette qu'on a pu dire qu'il n'existe pas d'affections nerveuses où l'hérédité se fasse plus vivement sentir que dans l'hystérie et l'épilepsie chez l'enfant.

En dernière analyse, tout se ramène à une irritation du neurone cérébral par voie nerveuse directe ou par voie indirecte vaso-motrice (anémie, congestion). La cellule nerveuse, en effet, pour se prêter ainsi à l'action des causes que nous avons indiquées, doit se trouver dans des conditions spéciales de réceptivité, doit présenter une aptitude vibratoire spéciale. Seul, le neurone spécialement préparé répondra aux diverses incitations précédentes par la dé-

charge hystéro-épileptique. Cette aptitude spéciale consiste dans un état particulier d'instabilité, d'équilibre toujours prêt à se rompre, dans un état de faiblesse irritable qui ne fait jamais défaut. Cet état particulier, cette instabilité, cette faiblesse irritable, la cellule nerveuse les doit à la prédisposition héréditaire. Sans cette prédisposition il n'y a pas d'hystérie et d'épilepsie.

Ainsi, une irritation portant sur un neurone cérébral héréditairement prédisposé pourra seule donner naissance au syndrome hystéro-épileptique. Nous nous trouvons donc en présence d'un terrain prédisposé, présentant une susceptibilité maladive, ne demandant qu'à vibrer pour la moindre raison. Qu'un choc physique ou moral survienne, qu'un poison exogène ou endogène vienne effleurer la cellule, et celle-ci se mettra en branle, alors que l'équilibre persisterait chez un individu normal, sous l'influence des mêmes causes. Ainsi, nous apparaît à sa racine, à sa source, cette modalité réactionnelle si exagérée de l'hystérique et de l'épileptique qui se traduit en tout par une disproportion remarquable entre la cause et l'effet, quelle que soit cette cause.

Une proportion minime d'alcool, la moindre émotion, la moindre passion, amènent une véritable explosion, le déchaînement d'un ouragan d'une violence inouïe. Le système nerveux de l'hystérique et de l'épileptique est comme un instrument d'une sensibilité exagérée, qui donne des indications très fortes sous la moindre influence. La prédisposition héréditaire de la cellule nerveuse nous étant ainsi connue et nous expliquant ses réactions exagérées, étudions les causes qui peuvent mettre son irritabilité en jeu.

L'alcoolisme des ascendants a une part étiologique importante. Sur 80 cas, on a trouvé 12 fois l'alcoolisme chez

le père. Il y a donc une relation étroite entre l'éthylisme des parents et l'hystérie et l'épilepsie chez les enfants.

L'arthritisme, le neuro-arthritisme, sont fréquemment cause de ces états. Les rhumatismes sont fréquemment notés dans les antécédents héréditaires des enfants. G. Sée l'a nettement démontré. Herrygham a trouvé dans les antécédents (des parents) le rhumatisme dans un tiers des familles de choréiques. En résumé, l'hérédité arthritique et l'hérédité neuro-arthritique sont fréquentes chez les hystériques et les épileptiques et, comme le fait observer Charcot, elles sont très souvent réunies chez le même sujet.

Les maladies infectieuses en général et plus particulièrement celles de l'enfance jouent un rôle non moins important dans la production de l'hystérie et de l'épilepsie. C'est la théorie de l'hétéro-intoxication, théorie infectieuse, qui a été brillamment soutenue par Marie. L'hystérie et l'épilepsie seraient dues à une véritable infection : les troubles observés résulteraient de l'action directe des germes infectieux sur les centres nerveux, ou plus probablement de l'action des toxines sécrétées par ceux-ci. La théorie de l'auto-intoxication est très en faveur aujourd'hui et tous les travaux sembleraient converger vers sa démonstration de plus en plus certaine ; en outre des altérations du neurome, il y aurait dans l'organisme de l'hystérique et de l'épileptique, des modifications relevant peut-être de la même origine héréditaire et se traduisant par des altérations dans les échanges nutritifs. Ces altérations auraient pour résultat la formation et l'accumulation de poisons, de produits toxiques dans l'organisme. C'est ce poison retenu ou fabriqué par l'organisme qui déterminerait chez un sujet prédisposé héréditairement des manifestations hystéro-épileptoïdes.

Quoi qu'il en soit, de nombreuses recherches parais-

sent démontrer l'existence de cette auto-intoxication, ou plus exactement l'existence d'une irritation du neurone, causée par des poisons fabriqués par l'organisme, pour ne rien présumer de la qualité, de la valeur toxique de ceux-ci.

En ce qui concerne le tube digestif, Pommay, Missolonghi, Zacchi et Cristiani, ont démontré que les accès hystériques ou épileptiques, épileptogènes, peuvent tirer leur source d'auto-intoxications causées par les produits anormaux formés dans le tube digestif, dont l'action fonctionnelle est lésée. Voisin a particulièrement insisté sur les troubles gastro-intestinaux qui précèdent ou accompagnent certaines hystériques et épileptiques et a pu prédire, en constatant ces signes gastro-intestinaux, l'imminence d'un accès. Tout le temps que durait cet état des voies supérieures, c'est-à-dire pendant tout le temps que le malade était sous l'influence du toxique, les manifestations de l'hystérie et de l'épilepsie avaient lieu, sous une forme ou sous une autre, et l'état normal ne revenait que lorsque l'élimination était complète. La toxine pourrait donc être d'origine digestive.

De plus, il faut tenir grand compte de la part qui revient aux dents dans la production de ces syndromes, car suivant que l'évolution sera plus ou moins complète, que la dentition sera dans un état plus ou moins parfait de conservation, les troubles du côté de l'appareil digestif seront manifestement plus prononcés ou plus graves. La carie dentaire et les gencives entravent la mastication et troublent la digestion. Des parcelles d'aliments s'arrêtent dans les anfractuosités de la carie, s'y décomposent, s'y putréfient, l'enfant avale ces produits toxi-infectieux, et ce n'est pas impunément pour son tube digestif.

En effet, des cas d'infection générale ont pu être attri-

bués à la carie dentaire. Une mastication imparfaite avec digestion et assimilation également imparfaites conduisent à la cachexie et à l'anémie.

L'évolution dentaire est cause aussi de troubles dans l'appareil gastro-intestinal, suivant qu'elle sera plus ou moins incomplète ; les aliments subiront une mastication imparfaite, et l'enfant, inconsciemment, avalera des portions de ces aliments, qui seront ainsi, par leurs dimensions, indigestibles, agiront comme des corps étrangers alimentaires, produiront du côté de l'estomac de la dilatation, de la dyspepsie, dont la persistance pourra avoir un dénouement plus ou moins fatal.

Nous n'aurons garde d'oublier, dans cette étiologie, le rôle qui est dévolu aux vers intestinaux. Leur action sur le système nerveux est, certes, manifeste. Il n'est pas, dans leurs méfaits, jusqu'à l'appareil digestif dont les diverses parties ne soient soumises de la part des divers parasites, à une sélection particulière. On peut affirmer que chacun de ces parasites a ici-même, pour ainsi dire, son habitat particulier : le muguet dans la bouche, les sarcines dans l'estomac, les ascarides lombricoïdes dans l'intestin grêle, l'ankylosthome dans le duodénum. Le cœcum est le siège de prédilection du trichocéphale ; le rectum et l'anus, celui de l'oxyure vermiculaire. Autant de parasites, autant d'habitats différents. Chacun d'eux, une fois parvenu dans le milieu qui lui convient plus spécialement, s'y développe d'ordinaire facilement, s'il y rencontre les conditions requises à cet égard.

Quels sont les symptômes habituellement observés dans les cas de parasites intestinaux ? Les divergences d'opinion à cet égard sont extrêmement considérables. Pour certains, il n'en est pas de bien nets ; pour d'autres, au contraire, ils sont très évidents et très palpables. On a

signalé des accidents nerveux généraux, hystériques et épileptogènes, comme liés à la présence d'helminthes dans le tube digestif. Ce sont là des troubles purement réflexes, et nous attachons, avec raison, du reste, beaucoup d'importance aux troubles nerveux réflexes généraux, directement appréciables, car les diverses sensations subjectives accusées par divers malades peuvent être généralement, sinon mal observées, du moins, la plupart du temps, mal indiquées par le patient ou faussement interprétées par le médecin. Il n'en est pas de même des troubles tangibles et palpables, qui constituent certaines névroses, telles que l'hystérie, l'épilepsie, maladies fréquentes au cours du parasitisme des voies digestives. Et l'on cite des cas où les oxyures vermiculaires ont causé, chez des enfants, des attaques hystéro-épileptiformes qu'a fait disparaître pour toujours le traitement anthelminthique. Il ne faut cependant pas généraliser, mais il est permis de songer à la possibilité d'un rapport de cause à effet entre le parasitisme et certains états nerveux.

La constipation peut être citée comme une autre cause. En effet, la stase des matières fécales, leurs altérations, seront, par voie réflexe, tôt ou tard, le point de départ de fermentations, d'autant plus ou moins rapides et plus ou moins nombreuses que la flore microbienne sera plus variée, et déterminera dans les tuniques gastro-intestinales des accidents toxiques à retentissement plus ou moins accentué sur le système nerveux.

Les émotions morales simples, quelles qu'elles soient, mais en particulier la peur, ont joué le rôle le plus ancien et le plus populaire dans l'étiologie de l'hystérie et de l'épilepsie. Elle est, d'ailleurs, incontestable, et il est inutile de rappeler ici les innombrables observations qui le démontrent.

Le shock nerveux, de donnée plus récente, peut influer aussi de façon nettement directe sur l'éclosion d'une hystérie ou d'une épilepsie.

L'hystérotraumatisme est une question maintenant soigneusement étudiée et en grande partie élucidée quant à ses symptômes et son évolution. On ajoute que l'influence de la foudre et des tremblements de terre est manifeste.

Les maladies générales et infectieuses, et surtout celles qui sont propres à l'enfant : scarlatine, rougeole, diphtérie, fièvre typhoïde, les affections des voies respiratoires, pneumonie, produisent dans l'organisme des désordres qui influent sur sa résistance et qui atteignent le système nerveux. Le mode d'action, dans ce cas, est double, par affaiblissement de l'état général et par influence nerveuse directe.

La rougeole et la fièvre typhoïde, parmi les maladies infectieuses générales, ont une action évidente sur le système nerveux. En effet, la rougeole comporte, comme complications dans ce sens, les névrites, les myélites, se traduisant par des paraplégies plus ou moins complètes ou par de simples parésies, avec ou sans participation de la sensibilité. Dawson Williams (*Medico-Chirurgical Society,* 28 novembre 1893) a vu des troubles nerveux analogues à ceux de la sclérose en plaques, survenir chez une fillette de trois ans et demi, au quatrième jour d'une rougeole. Il y eut d'abord des convulsions avec perte du sentiment pendant dix jours. Un mois après, on constatait que l'enfant était inerte, qu'elle avalait difficilement, ne parlait pas, ne pouvait rester assise, ni marcher, ni se tenir debout ; puis, la paralysie rétrocéda et alors on constata du tremblement et de l'incoordinance motrice. Au bout de trois mois, l'enfant pouvait manger seule, se tenir debout et marcher, avec l'aide d'une personne. A

l'âge de six ans, l'enfant avait la parole lente et saccadée, du tremblement des mains ; elle était arriérée comme intelligence. Les réflexes rotuliens étaient exagérés. L'état spasmodique, le tremblement persistent pendant de longues années encore. M. Dawson Williams croit qu'on peut observer, à la suite de la rougeole, comme à la suite de la plupart des maladies infectieuses qui atteignent de préférence l'enfant, des myélites diffuses aiguës, des fausses scléroses en plaques, des fausses ataxies, des paralysies ascendantes.

La fièvre typhoïde intervient aussi pour provoquer des syndromes nerveux. Pendant le cours de la fièvre typhoïde, en effet, il n'est pas rare de voir survenir chez les enfants des accidents méningitiques.

D'ordinaire, ces accidents sont légers, l'enfant reste immobile, couché en chien de fusil, fuyant la lumière, gémissant toutes les fois qu'on le touche ou qu'on le remue, et se plaignant de la tête ; les rougeurs apparaissent et disparaissent sur les téguments ; la raie vaso-motrice qui existe dans la fièvre typhoïde, est alors beaucoup plus prononcée. Mais on peut observer aussi les symptômes d'une atteinte méningée plus grave : convulsions alternant avec le coma, raideur de la nuque, hypéresthésie cutanée, rougeurs éphémères, pouls irrégulier, respiration suspirieuse, voire même des cris hydrencéphaliques. Ces accidents, même dans leur forme grave, n'impliquent nullement un pronostic fatal ; apparaissant quelquefois dès le début, plus souvent dans la période d'état, ils disparaissent quand commence la phase des oscillations ascendantes. Lorsque le sujet succombe, on ne trouve le plus souvent que de l'hyperémie diffuse des méninges et de l'écorce cérébrale ; quelquefois, on rencontre une leptoméningite séreuse ou une leptoméningite suppurée. M. Tiétine

a prouvé que ces diverses altérations étaient dues au bacille typhique.

Certains états pathologiques, caractérisés par un affaiblissement considérable du malade, ont une influence non moins notable sur le système nerveux, au nombre desquels il faut citer les hémorragies, agissant par l'état de faiblesse dans lequel elles mettent le malade qui les présente, et par la forte impression psychique que procure la vue du sang.

Les maladies nerveuses, si elles agissent de façon indirecte, par affaiblissement de l'organisme, influent aussi directement sur le système nerveux, et nous ne serons pas étonnés de voir l'hystérie et l'épilepsie provoquées par le tabès dorsal, la maladie de Friedrich, le mal de Pott, la myopathie progressive primitive, etc.

Il existe un fait bien admis maintenant : c'est le rapport de cause à effet entre l'hystérie et l'épilepsie et la chorée. En effet, l'hystérie existe souvent chez la mère des choréiques (24 fois sur 80 cas, Leroux), mais l'épilepsie est plus rare. Déjérine reproduit un tableau familial qui montre les relations héréditaires de la chorée, de l'hystérie et l'épilepsie.

L'anémie, la chloro-anémie, le lymphatisme, l'état général de l'enfant, ont un retentissement sur le système nerveux, tel, qu'ils ont une influence considérable dans l'étiologie de l'hystéro-épilepsie. Résultats de maladies ou de convalescences longues et traînantes, se traduisant par une diminution notable des hématies, de l'hémoglobine, ils contribuent à entretenir cet état et à déterminer un dénouement fatal si une médication intensive et bien réglée n'intervient.

Nous arrivons maintenant à la classe des agents provo-

cateurs, qui jouent un rôle prépondérant. Nous voulons parler des affections de l'appareil génital de la femme.

Nous demanderons quelle est l'influence à l'état sain des ovaires sur le système nerveux général. Les lésions de l'appareil génital de la femme peuvent-elles exercer une influence individuelle sur le développement de l'hystérie et de l'épilepsie ?

Il est de vérité presque banale que d'admettre l'influence de l'appareil génital sur le système nerveux, en particulier chez la femme. Une simple congestion mensuelle des organes génitaux internes de la femme suffit pour troubler son équilibre nerveux, et à ce moment, chez beaucoup, existe de l'énervement, de la mobilité des idées, des bouffées de chaleur, des vertiges, des névralgies très violentes, accompagnées de phénomènes fort impressionnants.

Les recherches faites à ce sujet par Pflüger montrent bien que l'irritation produite par la menstruation se porte plus spécialement aux nerfs vaso-moteurs de l'utérus, de là aux organes nerveux centraux, pour réagir sur leur circulation et produire par ce moyen des troubles nerveux variés. Ceci se comprend d'autant mieux que l'on connaît maintenant l'existence d'une pléiade de ganglions lymphatiques et d'un riche réseau de nerfs mixtes, émanant des plexus hypogastriques, sacro-lombaires, coccygiens et fémoraux. Aussi pouvons-nous affirmer, avec le professeur Ball : « Nulle part on ne voit se manifester plus fortement l'action de la sympathie ; nulle part on n'observe des corrélations aussi palpables et des résultats aussi concluants. Il n'existe nulle part, dans l'économie, une sympathie plus intime que celle qui relie aux centres nerveux les organes de la reproduction, que ce soit par leur sécrétion interne ou par leur influence réflexe que

les ovaires agissent sur le système nerveux. Peu importe, le fait est là ; ils agissent... »

Entre autres preuves, qui, nous semble-t-il, apportent une grande présomption de vérité à cette affirmation que les rapports entre l'appareil génital et le système nerveux sont intimes, nous rappellerons les observations faites sur le rôle de l'ovaire dans la détermination des aires d'hystérie ou de localisation des zones hystérogènes. Ici, comme nous avons eu l'occasion de le faire souvent dans le cours de notre travail, nous empruntons quelques phrases à Charcot. Il localise ainsi le point de l'ovaralgie : « Sur une ligne horizontale passant par les épines iliaques antérieures et supérieures, faites tomber les lignes perpendiculaires qui limitent latéralement l'épigastre, et à l'intersection des lignes verticales avec l'horizontale se trouve le foyer douloureux qu'accusent les malades et que la pression exercée, à l'aide du doigt, met d'ailleurs en évidence.

» L'exploration profonde de cette région fait reconnaître aisément la portion du détroit supérieur qui décrit une courbe à concavité interne. C'est là le point de repère. Vers la partie moyenne de cette crête rigide, la main rencontrera le plus souvent un corps ovoïde, allongé transversalement, et qui, pressé contre la paroi osseuse, glisse sous les doigts. Lorsque ce corps est tuméfié, ainsi que cela se présente fréquemment, il peut offrir le volume apparent d'une olive. C'est à ce moment de l'exploration que l'on provoque surtout la douleur et qu'elle se ressent avec des caractères primaires spécifiques. Il ne s'agit pas là d'une douleur banale, car c'est une sensation complexe qui s'accompagne de tout ou partie des phénomènes de l'aura hystérique, tels qu'ils se produisent d'eux-mêmes à l'approche des crises de cette sensation provoquée ; les

malades la reconnaissent pour l'avoir ressentie cent fois. » (Charcot, Leçons sur les maladies du système nerveux, tome I, livre II.) Il nous paraît donc logique d'admettre l'influence des lésions génitales dans certains cas, sur le développement de l'hystéro-épilepsie. Comme une telle affirmation doit être discutée, nous allons l'étudier de plus près.

Guinon affirme que les agents provocateurs de l'hystéro-épilepsie, quels qu'ils soient, même les affections génitales, ne sont jamais que des causes occasionnelles de la production de l'hystérie et de l'épilepsie. Et cet auteur s'appuie, pour l'affirmer, sur des analogies, montrant les intoxications, les infections, les traumatismes, comme facilitant simplement une affection organique quelconque.

Il dit : « Je crois que l'on doit admettre chez les hystéro-épileptiques, l'existence normale d'une prédisposition héréditaire, même dans les cas où les recherches dans ce sens n'ont fourni qu'un résultat négatif. Cela restreint beaucoup le rôle des agents provocateurs de la névrose. » Ces derniers ne sont jamais que des agents secondaires, ne pouvant réaliser la maladie, sans l'intervention d'une autre condition, la cause première, prédisposition s'il s'agit de l'hystéro-épilepsie. Ainsi donc, une entité morbide a besoin, pour être réalisée, d'une cause première. Celle-ci doit être en rapport intime de cause à effet avec cette maladie. N'est-ce pas le cas des lésions génitales dans certaines observations d'hystéro-épilepsie ? Une malade sans prédisposition héréditaire, sans antécédents personnels nerveux, fait une infection de son appareil génital interne, et voilà que subitement elle souffre à ce niveau et commence à présenter de violentes crises d'hystéro-épilepsie, nettement caractérisées.

Ira-t-on dire (Brodie) que l'hystéro-épilepsie était la-

tente et que l'affaiblissement de l'organisme par la nouvelle maladie a suffi à faire surgir l'hystéro-épilepsie, comme aurait pu le faire une anémie banale ? On devra alors avouer qu'en admettant une pareille chose, il sera difficile de trouver des personnes dont on puisse certifier qu'elles sont saines et d'affimer qu'une cause est première, alors qu'il y aurait pour ainsi dire toujours une latence possible.

Nous admettons ainsi que l'hystéro-épilepsie est souvent provoquée par des lésions génitales, et que parfois elle est créée par ces dernières. Il nous faut voir par quelles influences les inflammations des annexes et de l'utérus agissent.

D'après Halst, l'irritation de certains départements de la sphère génitale (ganglions ou plexus nerveux) suffirait, en provoquant des troubles réflexes dans les affections génitales, pour amener certains cas d'hystéro-épilepsie. D'ailleurs, cette affection, produite en quelque sorte de façon détournée par des réflexes, finirait par s'individualiser, de sorte qu'il devient ensuite impossible de la différencier des hystéries différentes.

Nous rappellerons ce que nous avons dit dans un chapitre antérieur, sur la richesse, la susceptibilité des plexus nerveux génitaux, sur leurs rapports avec le système nerveux central, nous ne serons pas étonnés de voir émettre l'opinion que les troubles réflexes d'origine génitale sont capables d'engendrer l'hystéro-épilepsie.

Ce qui nous confirme dans cette opinion, c'est le manque de rapports qu'il y a entre l'importance des lésions génitales et celles de réactions hystéro-épileptiques consécutives. Les réflexes sont possibles parce que les filets nerveux ovariens, point de départ, sont en bon état relatif ; que ces derniers soient détruits par une suppuration, ils

sont alors bien moins sensibles, et les réflexes qu'ils engendrent sont moins importants, partant, les phénomènes hystéro-épileptiques moins nombreux et moins précis.

Il y aurait aussi un autre mode d'action des lésions génitales. Nous avons vu, dans l'étiologie de l'hystéro-épilepsie, et dans l'étude de ses agents provocateurs, que toute cause capable d'affaiblir l'organisme peut faciliter l'éclosion de la névrose, et nous savons combien les affections de l'appareil génital de la femme sont asthénisantes. La douleur qu'elles procurent fréquemment, au moment de l'exacerbation mensuelle, douleur continue, exagérée par le moindre mouvement, fait comprendre la perte de forces rapide des sexuelles pathologiques. Et nous pourrons joindre à cela l'infection ; souvent des suppurations se produisent, décelées par la fièvre, souvent vespérale, par la langue sèche (langue d'infection), par la rapidité du pouls. Mettons-nous en doute l'influence que l'infection peut exercer sur le développement de l'hystéro-épilepsie ? Nous n'avons qu'à parcourir les pages qui traitent de ce sujet (Guinon-Furet), et nous verrons de nombreux exemples indéniables (Bermutz, Briquet, Perraud, Grailly). Est-ce par une sorte d'intoxication, les toxines étant élaborées par les microbes qui ont élu domicile dans l'appareil génital ? Est-ce par affaiblissement de l'organisme tout entier ? Le fait est là, cela nous suffit.

Et puisque l'hystéro-traumatisme paraît maintenant démontré, pourquoi ces douleurs répétées, pourquoi les tiraillements des adhérences pathologiques ne joueraient-elles pas le rôle d'hystéro-traumatisme interne (calculs dans l'uretère, vers intestinaux) ?

Son étude amène à conclure qu'une irritation ou une lésion interne peut devenir la cause occasionnelle de l'hys-

térie, de l'épilepsie chez des personnes prédisposées à ces névroses.

Pour Guinon et Charcot, avec ces mécanismes, qu'ils reconnaissent pour exacts, il faut aussi accepter l'influence, souvent prépondérante, de l'auto-suggestion. La malade ressent des douleurs et des troubles plus ou moins violents au niveau du petit bassin. Elle a vu des amies qui présentaient des troubles semblables, suivis de phénomènes nerveux et s'auto-suggestionnant jusqu'au bout, elle réalise son hystéro-épilepsie.

Le rôle important joué ainsi par l'auto-suggestion expliquerait ces hystéro-épilepsies à grand orchestre, provoquées par des lésions génitales presque insignifiantes. Ce sont des cas dans lesquels on peut dire « lésions génitales initiales, phénomènes nerveux consécutifs », rapports chronologiques de cause à effet, mais contraste complet entre ces deux mêmes éléments, au point de vue du siège, de la gravité, de la durée. Certes, l'influence de l'auto-suggestion est indéniable, mais certains auteurs, comme M. Grasset, ne veulent pas la reconnaître comme absolue, car elle n'explique pas plusieurs des stigmates hystéro-épileptiques, en particulier le champ visuel rétréci.

Enfin, à la théorie dans laquelle l'influence des phénomènes nerveux (réflexes et auto-suggestion) est prépondérante, nous allons opposer un nouvel exposé de l'étiologie de l'hystéro-épilepsie, qui met au premier rang la déchéance organique comme cause. D'après Biernecki, de Vienne, le sang se coagule plus vite dans l'hystéro-épilepsie qu'à l'état sain. La teneur du sang en fibrinogène, les modifications et la régénération de ce produit dans le sang *in vitro*, le rapport entre la quantité de fibrine et de fibrinogène sont anormaux. En un mot, il s'agit là d'une modification dans le processus d'oxydation. Ce rôle don-

nerait la pathogénie nerveuse. En effet : 1° les rapports entre l'hystérie, l'épilepsie et la chlorose, le diabète, la diathèse urique ; 2° la parenté héréditaire entre les névroses et les maladies causées par une modification de processus d'oxydation (neuro-arthritisme) ; 3° la production de l'hystéro-épilepsie sous un influence maternelle, tout cela permet de croire que les soi-disant névroses sont un syndrome morbide, secondaire à l'action sur le système nerveux, des produits d'une altération primitive des oxydases (comme la goutte, etc.). Cette théorie a été confirmée en grande partie par les recherches de Vigouroux.

D'après cette nouvelle théorie, les maladies génitales agiraient en apportant dans l'organisme des troubles dans les processus d'oxydation. Ces affections disparues, les troubles d'oxydation doivent rentrer dans l'ordre. Donc, même dans l'hypothèse, assez improbable d'ailleurs, où cette théorie serait reconnue exacte, une intervention chirurgicale serait, dans certains cas, utile, en supprimant la cause des troubles de nutrition de l'organisme.

Il y a deux variétés bien nettes d'hystéro-épilepsie, variétés différentes par leur symptomatologie, différentes surtout par leurs causes et leur mode de début. La première, essentiellement nerveuse, reconnaît pour cause une disposition anatomique spéciale ou une perturbation fonctionnelle du système cérébro-spinal. Quant à la seconde, elle est sous la dépendance d'une affection de l'appareil génital, de telle sorte qu'il suffit d'en faire à temps disparaître la cause pour en obtenir la guérison.

Et d'abord, l'hystéro-épilepsie génitale n'offre généralement rien dans les antécédents de la malade qui puisse nous éclairer. Il n'y a pas d'hérédité, tandis que la névrose de l'hystéro-épilepsie cérébro-spinale reconnaît

presque toujours pour cause un vice héréditaire que les patients s'empressent même de confesser, et sur la nature desquels on ne peut garder de doute.

De plus, tandis que celle-ci occasionne depuis l'enfance des désordres, moins développés, sans doute, qu'après la première menstruation, mais déjà évidents et se traduisant par des mouvements chroniques, une irrégularité très grande de caractère, des goûts bizarres, une coquetterie exagérée, chez l'hystéro-épileptique ovarienne, au contraire, les troubles nerveux apparaissent, pour la première fois, avec la maladie locale.

En un mot, l'affection a nettement débuté par un désordre génital qui, dans le principe, constituerait l'unique symptôme de l'affection, s'exagérant au moment des règles, mais ne s'accompagnant pas de ces tendances à l'érotisme que l'on observe chez les hystéro-épileptiques à forme cérébro-spinale. C'est alors seulement que sont apparues les névralgies. Plus tard, les douleurs s'exacerbent, surtout au moment des règles. Elles avaient leur point de départ et leur maximum d'intensité au niveau de l'ovaire, puis elles s'accompagnaient de syncopes, de pertes de connaissance, et bientôt de véritables attaques d'hystéro-épilepsie. Enfin, tandis que chez les névropathes on observe, à partir d'un certain âge, une tendance à l'état stationnaire, ou plutôt une certaine amélioration, le contraire a lieu chez les hystéro-épileptiques ovariennes. Celles-ci s'affaiblissent à vue d'œil et laissent concevoir de sérieuses inquiétudes pour l'avenir. C'est alors que le chirurgien doit intervenir, s'il veut empêcher ces accidents de prendre une forme chronique.

Est-ce une hystéro-épileptique cérébro-spinale ? Traitement médical.

Est-ce une hystéro-épileptique ovarienne ? Nous tenons la cause du mal, enlevons-la : traitement chirurgical. Et nous agirons ainsi en pleine certitude.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Toutes ces causes sont-elles suffisantes pour produire ces crises hystéro-épileptogènes ? Elles le sont et nous l'attestons par les observations qui suivent. Nous allons maintenant décrire les symptômes de l'hystéro-épilepsie, puis séparément des crises d'hystérie et des crises d'épilepsie.

Dans l'hystéro-épilepsie, l'attaque est précédée d'une période prodromale pendant laquelle il y a des changements de manière tendant généralement à la mélancolie avec des hallucinations de la vue et de l'ouïe, des troubles de fonctions des organes, tels que nausées, indigestion, hoquet, baillement, palpitations, faiblesse musculaire, instabilité, ou des tics et finalement des troubles de sensation tels que l'anesthésie et l'hypéresthésie. L'hypéresthésie ovarienne est un symptôme marquant. Les « zones » se trouvent spécialement dans les régions suivantes : supramammaire, mammaire, inframammaire, intra-axillaire, hypocondriaque, iliaque, ovarienne, sus et sous-dorsale. L'attaque elle-même est divisée en quatre périodes : 1° la période épileptoïde ; 2° les périodes de contorsion et de grands mouvements ; 3° d'attitudes d'émotion ; 4° de délire.

Dans la première période, il y a des stades de tonicité et de clonicité comme dans l'épilepsie, avec perte de con-

naissance ; ceux-là durent de deux à cinq minutes et se terminent par la résolution. Le fait le plus marqué est la forme extrême d'opisthotonos, le corps restant un moment sur la plante des pieds et le vertex et puis tombant plat sur le lit. Ces mouvements sont fréquemment répétés. De violentes flexions et extension du corps ainsi que d'autres mouvements ont lieu aussi. Le période des attitudes dépend des hallucinations auxquelles il est sujet. Il prend des attitudes de joie, de chagrin, de terreur, d'érotisme, etc., s'accordant avec l'idée dominante. La position de crucifixion est souvent associée avec une expression soumise de bonheur. Le malade passe alors dans une condition de délire de variétés les plus diverses et présente enfin tous ces symptômes indépendamment des autres troubles nerveux qui peuvent avoir lieu chez les hystéro-épileptiques.

Chez l'enfant, l'hystérie se manifeste par un changement de caractère qui devient variable, fantasque parfois, toujours plus ou moins impressionnable. Nous n'insisterons pas sur les goûts plus ou moins bizarres, sinon dépravés, que de jeunes hystériques ont pour tel ou tel aliment, telle ou telle boisson, tel ou tel condiment.

Nous étudierons simplement les stigmates et les attaques hystériques.

Ces stigmates sont de deux sortes : les uns douloureux, les autres anesthésiques.

Parmi les stigmates douloureux se trouvent : le clou hystérique, ayant son siège de prédilection sur le vertex et y occupant un espace fort restreint, de là son nom ; les névralgies diverses, la névralgie intercostale par exemple ; mais surtout la gastralgie et l'ovaralgie. Celle-ci est plus souvent unilatérale et, lorsqu'elle existe, véritable contradiction symptomatique, elle s'accompagne d'ordi-

naire d'une hémianesthésie cutanée, occupant précisément le côté du corps correspondant à l'ovaralgie.

Les zones d'anesthésie, remarquables dans l'hystérie par leur fixité, sont généralement circonscrites. L'anesthésie, en effet, peut intéresser la peau, les parties profondes (os, muscles et ligaments), les muqueuses. Celles du pharynx, de la conjonctive, des ovaires manquent rarement. Ces anesthésies hystériques peuvent être complètes ou porter sur tous les modes de la sensibilité (contact, douleur, chaleur, froid, électricité). Souvent, cette anesthésie est incomplète et il s'agit alors d'une simple hyperesthésie. D'autres fois enfin, elle est dissociée, portant sur un ou plusieurs modes de la sensibilité et respectant les autres. Lorsque la sensibilité tactile persiste à l'exclusion des sensibilités thermique et douloureuse, elle simule absolument la dissociation syringomyélite.

Ces anesthésies hystériques sont remarquables par leur mobilité, les crises convulsives, la suggestion, la faradisation, l'application des aimants ou des plaques métalliques les modifiant dans leur intensité et leur distribution. Sous ces diverses influences, l'anesthésie peut disparaître ou passer du côté opposé.

La persistance des réflexes tendineux et de la plupart des réflexes cutanés constitue un deuxième caractère important des anesthésies hystériques. Mais au point de vue de leur topographie, s'il nous est permis de nous exprimer ainsi, ces anesthésies peuvent, quoique assez rarement, en ce qui concerne l'enfant, affecter plusieurs types :

1° L'hémianesthésie, associée ou non à l'hémiplégie motrice est exactement limitée sur la ligne médiane. Elle peut s'accompagner d'anesthésie des muqueuses ou des

organes de sens du même côté, mais cette coexistence n'est point obligée.

2° Les anesthésies des membres, associées ou non à des monoplégies, ont une configuration caractéristique ; elles sont segmentaires et terminées par une limite absolument nette, correspondant à la racine du membre ou à un segment de membre ; ainsi, elles occupent un doigt, la main, le pied, le bras, la jambe, d'où le nom d'anesthésies en doigt de gant, en bracelet, en brodequin, en manche de veste, en gigot.

3° Les plaques d'anesthésie disséminées peuvent se rencontrer sur les divers points du tégument.

Il faut rapprocher de l'anesthésie hystérique un trouble particulier de la sensibilité, l'allocheirie ; dans certains cas d'hémianesthésie hystérique incomplète, si on pique un point quelconque du tégument hypéresthésique, le malade sent la piqûre, mais ne peut dire sur quel côté elle a porté ou même il la localise du côté opposé.

L'hypéresthésie n'est pas aussi étendue que l'anesthésie et elle se borne à quelques zones, dont le contact ou la pression produisent de la douleur et peuvent même déterminer un accès convulsif.

Ce sont les zones spasmogènes ou hystérogènes. Rien de plus variable que leur localisation. La douleur du testicule, celle de l'ovaire (ovarie) sont les plus connues ; mais l'hypéresthésie peut aussi siéger sur un segment de membre, sur une muqueuse, sur le conduit auditif, le sein, le crâne (alors hystérique), le rachis, etc. Non seulement, le contact, mais la crainte même du contact, la vue de la main qui approche, suffit quelquefois pour provoquer la douleur et faire éclater la crise hystérique. Ce simple détail montre assez nettement le rôle de l'état mental. Par leur intensité et leur localisation, ces douleurs peuvent

simuler les affections organiques : mal de Pott, coxalgie avec tous ses signes (contracture musculaire produisant l'abduction du membre inférieur, l'ensellure lombaire).

Les douleurs ne sont pas seulement réveillées par la pression, mais surviennent aussi spontanément ou simulent même divers syndromes dépendant d'une affection (méningite avec vomissements, angine de poitrine, migraine ophtalmique).

A l'hyperesthésie, il faut encore rattacher les sensations douloureuses produites par un simple contact (ophalgésie de Pitres).

Nous signalerons encore les contractures qui peuvent être limitées à un membre et survenant souvent après un traumatisme, mais qui peuvent aussi se localiser aux deux membres inférieurs ou simuler alors une paraplégie spasmodique : la malade ne peut détacher ses pieds du sol, elle avance à grand' peine ; les deux jambes sont comme collées l'une à l'autre ; mais il n'y a ni troubles des sphincters, ni troubles trophiques. Enfin, l'hémispasme glossolabié qu'on rencontre quelquefois dans l'hémiplégie hystérique est aussi une variété de contracture. Le tremblement, la chorée rythmique, les tics sont de fréquentes manifestations de l'hystérie.

Les paralysies hystériques, s'accompagnant souvent d'anesthésie ou de contracture, sont à noter. Elles sont parfois fugaces, se déplaçant facilement sous l'influence de l'auto-suggestion ou des aimants (transfert). De même la suggestion joue un grand rôle dans leur production, qui est souvent consécutive à une crise convulsive et c'est pour cela que Gendrin la considérait comme un phénomène d'épuisement, mais Landouzy a montré qu'une paralysie hystérique pouvait au contraire disparaître à l'occasion d'une crise.

Un traumatisme ou la simple crainte d'un traumatisme, une émotion morale peuvent encore leur donner naissance ; la paralysie, dans ce cas, ne survient pas immédiatement, mais après une période d'incubation plus ou moins prolongée pendant laquelle la malade couve sa paralysie. Inquiète des conséquences possibles de sa blessure, la traumatisée s'en exagère l'importance et devient paralytique par le fait d'une auto-suggestion inconsciente (Pitres).

Il est vraisemblable que la paralysie hystérique résulte du défaut de contact des prolongements dendritiques des neurones cérébraux, hypothèse formulée par Lépine en 1894.

Qu'il nous suffise de signaler, bien que assez rare chez l'enfant, l'hémiplégie limitée soit à la face, soit à la langue, aux membres, dans laquelle les réflexes tendineux ne sont pas modifiés et dans laquelle il n'y a ni exagération du réflexe rotulien, ni trépidation épileptoïde, mais les troubles sensoriels y sont fréquents. En effet, l'hémiplégie hystérique peut s'accompagner d'ambliopie unilatérale.

Signalons encore des monoplégies relevant le plus souvent de l'hystéro-traumatisme, des paraplégies dans lesquelles la malade ne peut détacher les pieds du sol ; les cuisses sont rapprochées, elles avancent en frottant les genoux l'un contre l'autre ; les réflexes sont normaux ; il n'y a pas d'escharre sacrée et les troubles rectaux ou vésicaux sont excessivement rares. Quant aux accidents d'ordre cérébral, ils sont caractérisés tantôt par certains orages nerveux (agacement, impatience, colères sans motifs, fou rire), se terminant souvent par des larmes, tantôt par de véritables attaques que les malades sentent venir d'habitude. Elles ont ainsi, contrairement à ce qui

se passe dans l'épilepsie, le temps de prendre leurs précautions, pour ne point se blesser en tombant, c'est-à-dire s'asseoir ou s'allonger.

La malade, dans l'attaque, pousse des cris multiples et variés, fait des grimaces de toutes sortes, gesticule, se débat, puis finalement revient à elle, sans avoir perdu la mémoire des faits qui se sont passés avant ou pendant l'attaque elle-même. Si celle-ci est violente, un excellent moyen pour la faire cesser consiste à enfoncer vivement le poing fermé dans la fosse iliaque, du côté où existe en temps ordinaire l'ovaralgie, et à exercer, sur l'ovaire, une compression un peu énergique, toujours plus ou moins atténuée, d'ailleurs, par la résistance des parois abdominales, de l'intestin, etc.

Une compression légère aggrave souvent les accidents, tandis qu'une compression forte les arrête, en général, rapidement.

L'hémianopsie, le daltonisme, mais surtout le rétrécissement du champ visuel, sont symptômes assez connus au cours de l'hystérie. En effet, le plus caractéristique et le plus fréquent des troubles de la vision, chez les hystériques, est sans contredit le rétrécissement du champ visuel. Ce rétrécissement concentrique porte sur les deux yeux ; mais dans le cas d'hémianesthésie, il peut être plus marqué du côté correspondant et même constituer une véritable amaurose unilatérale.

La vision des couleurs est fréquemment troublée (dyschromatopsie). C'est ordinairement la couleur rouge qui disparaît en dernier lieu, alors que dans les rétrécissements du champ visuel relevant d'autres causes, c'est le bleu qui persiste le plus longtemps. Cette dyschromatopsie n'est pas due à une altération organique ou fonctionnelle de certains éléments de la rétine, mais à une per-

ception défectueuse au niveau des centres encéphaliques. Si, en effet, on fait tourner devant l'œil d'une hystérique privée de la vision du vert une toupie rouge et verte, elle la voit blanche, absolument comme un sujet normal.

Quelle est la cause de ces troubles de la vision et notamment du rétrécissement du champ visuel ? on les rapporte généralement à un fonctionnement défectueux des centres cérébraux de la vision. Une récente théorie de Knies les attribue plutôt à un trouble de l'innervation vaso-motrice prédominant au niveau du trou optique ; sous cette influence, il y aurait non pas une atrophie, mais un simple déplacement de la myéline, d'où inhibition de la conductibilité des fibres nerveuses ; d'où aussi retour presque immédiat de la fonction et guérison possible.

Il existe des troubles variés de la réfraction : l'hystérique ne peut voir distinctement les objets rapprochés (asthénopie accommodative) ou éloignés (myopie par spasme de l'accommodation) ; elle les voit gros (macropsie) ou petits (micropsie). Si on lui fait fixer un petit objet qu'on éloigne progressivement, il le voit double ou triple (polyopie binoculaire). La sensibilité de la cornée est aussi diminuée ou abolie ; on peut souvent la toucher avec une tête d'épingle sans provoquer le clignement ou réflexe oculo-palpébral. Signalons encore le blépharospasme, le strabisme et le nystagmus.

L'appareil auditif peut être intéressé et on signale des cas de surdité plutôt passagère survenue souvent sans cause appréciable ; d'autres fois, à l'occasion d'une émotion, d'une lésion légère de l'oreille incapable de produire par elle-même des troubles auditifs, d'un traumatisme, par exemple d'un soufflet sur l'oreille (Cartaz), la surdi-

matité (Cartaz, Lemoine), est très rare. La gustation peut être pervertie, mais l'anosmie est plus rare.

Les crises d'épilepsie nous présentent à étudier cinq phases successives : l'aura, la chute, les convulsions toniques, les convulsions cloniques, le stertor ou coma. La crise est quelquefois annoncée à longue échéance par des prodromes tels que fourmillements, picotements, bourdonnements d'oreille, sensation d'oppression ou d'angoisse, mais ils n'ont ni la fréquence, ni l'importance du prodrome immédiat : l'aura.

Cette aura est variable avec chaque malade ; mais ordinairement toujours la même pour une personne. Elle peut être sensitive, et c'est le cas le plus fréquent, consistant alors en une sensation anormale d'engourdissement, de douleur, de chaleur ou de froid comparable à un souffle (aura) qui partie d'un membre remonte rapidement vers la tête sensorielle : le malade perçoit tout d'un coup des bourdonnements, des sifflements ou des éclats de tonnerre : il entend des voix qui l'appellent (aura auditive) ou bien sa vue se trouble, il a des sensations lumineuses diverses, voit des objets colorés ou des personnes imaginaires (aura visuelle), perçoit des odeurs ou des saveurs désagréables (aura olfactive ou gustative).

Motrice. — Une des extrémités est prise d'un spasme ou d'un tremblement musculaire qui se propage peu à peu vers la racine du membre.

Psychique. — Le malade est frappé de terreur, il se rappelle une scène impressionnante à laquelle il a assisté, une lecture émouvante ou bien revit par la pensée toute son existence passée. L'aura précède immédiatement l'accès proprement dit ; quelquefois elle est excessivement rapide et la perte de connaissance est soudaine. Dans

d'autres cas, elle se prolonge suffisamment pour constituer une sorte d'avertissement ; le malade a le temps de s'asseoir, de se coucher ou d'éviter une chute dangereuse ; on a même pu faire avorter momentanément la crise par la flexion du gros orteil ou la ligature du membre siège de l'aura.

Chute. — Le début de l'attaque proprement dite est soudain et marqué par quatre phénomènes simultanés : la pâleur de la face, le cri, la perte de connaissance, la chute. Le cri rauque est dû à la contraction brusque des muscles thoraciques et laryngés ; la perte de connaissance est complète. Le malade perd la notion de tout ce qui l'entoure et, une fois revenu à lui, ne se rappelle rien de ce qui s'est passé. La chute est instantanée ; elle se fait n'importe où, dans l'eau, dans le feu, là où le malade se trouve ; il n'a pas le temps de la rendre moins dangereuse s'il n'a été prévenu par l'aura. Il tombe de toute sa hauteur comme une masse inerte.

Convulsions toniques. — Immédiatement commence la phase des convulsions toniques ou la phase tétanique ; tous les muscles du corps sont raidis ; la tête renversée en arrière est tournée latéralement, les membres dans l'extension, les avant-bras en pronation, les pouces fléchis dans la paume de la main et recouverts par d'autres doigts, les yeux convulsés en haut ou par côté ; les pupilles dilatées et insensibles à la lumière, les mâchoires serrées, la respiration suspendue en inspiration, la face congestionnée, le pouls fréquent et fort. Cette contraction spasmodique généralisée ne dure guère plus d'une demi-minute, mais laisse des traces persistantes : morsures de la langue saisie entre les mâchoires convulsivement serrées, ecchymoses sous conjonctivales dues à l'excès de la

tension sanguine, émission d'urines et de matières fécales par contraction des muscles abdominaux. Ces traces ont une réelle valeur diagnostique. La mort subite peut survenir dans cette période par rupture du cœur ou d'un gros vaisseau.

Convulsions cloniques. — A cette phase fait suite celle des convulsions cloniques. La raideur tétanique généralisée diminue progressivement : des secousses de plus en plus fortes animent les muscles de la face, des yeux, de la mâchoire ; la langue est mordue, une salive spumeuse couvre les lèvres ; la tête, les membres sont le siège de violentes convulsions ; puis elles se calment peu à peu et cessent enfin complètement pour faire place à la période comateuse.

Coma. — Le coma ou stertor est caractérisé par une torpeur profonde ; les membres inertes sont dans une immobilité absolue, la respiration est régulière, mais ample et bruyante (respiration stertoreuse).

Au bout de quelques minutes, le malade sort de son sommeil ne se rappelant rien de ce qui s'est passé, ne comprenant pas l'étonnement de ceux qui l'entourent. Il se plaint seulement d'une céphalée intense, d'une faiblesse générale avec sensation de brisement et s'endort le plus souvent d'un profond sommeil qui dure plusieurs heures.

Les attaques nocturnes pourront passer absolument inaperçues à cause de l'amnésie caractéristique de la crise épileptique : elles ne se révèlent que par des traces de morsure sur la langue, les ecchymoses conjonctivales, les évacuations alvines, la céphalée et la sensation de fatigue qu'éprouve le malade à son réveil.

Après la crise d'épilepsie survient une faiblesse générale et une asthénie musculaire qu'on peut mesurer au

dynamomètre ; parfois des parésies, plus rarement de vraies paralysies (on n'observe guère celle-ci que dans l'épilepsie jacksonnienne), du tremblement, de l'aphasie et de la surdité verbale (Pic), les phénomènes d'épuisement sont tout à fait passagers et leur durée se borne d'ordinaire à quelques heures.

Indépendamment des grands accès convulsifs, l'épilepsie produit aussi des manifestations variées qu'il importe de diagnostiquer et de rattacher à leur véritable cause. Ils peuvent exister isolément, mais alternent d'ordinaire chez le même sujet avec des crises convulsives.

a) Vertige. — Le vertige consiste dans une perte de connaissance subite aboutissant ordinairement à la chute et suivie de quelques mouvements cloniques de la face ou des membres.

b) Absences. — Les absences sont caractérisées par une obnubilation passagère avec pâleur subite, ordinairement sans chute. Le malade interrompt quelques secondes son occupation ou s'arrête au milieu de la phrase commencée, puis il la reprend immédiatement après en revenant à lui comme si rien d'anormal ne s'était passé. Les absences laissent cependant après elles une grande fatigue.

c) Ictus apoplectiformes. — Les ictus apoplectiformes consistent aussi en perte de connaissance subite, mais au lieu de se dissiper, l'ictus est suivi d'un coma profond avec respiration stertoreuse.

d) Fugues. — Les fugues revêtant tous les caractères de l'automatisme ambulatoire pendant lesquelles le malade part en voyage, accomplit quelquefois des actes délictueux, puis revient à lui, ne se rappelant rien de ce qu'il a fait et ne sachant où il se trouve, peuvent aussi figurer

parmi les manifestations épileptiques. Il faut en rapprocher l'épilepsie procursive qui se manifeste par un besoin impulsif de marcher, de courir, sans en avoir conscience.

e) Autres manifestations. — La migraine, l'angine de poitrine (Trousseau), l'asthme, le tic douloureux de la face, l'ictus laryngé (Bianchi), peuvent alterner avec des crises épileptiques.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Le diagnostic d'hystérie peut être fait en dehors comme pendant les attaques. Dans le premier cas, les stigmates, les zones hystérogènes surtout, mettront le praticien en mesure de le porter. Les attaques d'hystérie ne pourraient être confondues qu'avec celles de l'épilepsie, dont elles se distinguent complètement. Pas de cri initial unique, pas de chute brusque, perte de connaissance souvent incomplète, persistance de la mémoire des événements antérieurs à l'attaque, pas de coma final, pas d'écume à la bouche, ni de morsures à la langue. La présence de symptômes inverses fera plutôt penser au mal comitial.

Quant à l'épilepsie, dont les syndromes, comme nous l'avons dit, sont l'inverse de ceux de l'hystérie, elle ne peut être confondue qu'avec les convulsions. En effet, l'une et les autres sont de même nature et ne se distinguent d'ordinaire que par la durée plus éphémère dans le dernier cas et par la rareté de reproduction de convulsions, une fois disparues, opposée à la fréquence ordinaire des attaques épileptogènes. Cependant, ce n'est pas une loi absolue. M. Baumel cite le cas d'un enfant de treize ans, fils d'épileptique, qui présenta une seule attaque, occasionnée par une indigestion au moment de l'évolution de la dent de 13 à 14 ans. S'agissait-il d'une convulsion ? Donc, la délimitation entre l'épilepsie et les convulsions

n'est pas si nette qu'on se l'imagine *à priori*. Les unes se présentent toujours à l'état aigu, les autres à l'état chronique, d'une même maladie.

L'hystérie et l'épilepsie n'offrent pas le même degré de gravité. L'hystérie est, en effet, moins grave que l'épilepsie. On devra de bonne heure s'efforcer de diagnostiquer, traiter et guérir l'hystérie qui, comme l'épilepsie, devient d'autant plus habituelle, d'autant plus chronique et incurable, qu'elle est ancienne, que les attaques et les atteintes sont plus fréquentes. Tout autre est la gravité de l'épilepsie, dont le pronostic est toujours sérieux et grave.

Longtemps on avait cru à l'incurabilité de cette maladie, même lorsqu'elle existait chez l'enfant. Mais, pour celui-ci, cette loi, exagérée et par trop rigoureuse, souffre de nombreuses exceptions. M. Baumel, dans son Traité des maladies des enfants, cite des cas de guérison. Pour lui, en effet, l'enfant atteint de crises épileptogènes peut parfaitement guérir. Comme l'épilepsie débute, dans la grande majorité des cas, dans l'enfance, le pronostic du mal comitial perd, par ce fait, une partie de sa gravité. Il est certain que si les attaques épileptogènes sont négligées, elles évolueront fatalement vers l'épilepsie et l'incurabilité.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Le traitement des crises hystéro-épileptogènes sera, général et local. Nous soumettons tout d'abord notre malade à une alimentation régulière, de bonne qualité, peu excitante et réparatrice. Nous y joindrons le traitement de la plupart des excitations anormales : les sédatifs du système nerveux, le bromure de potassium, en particulier, seront généralement indiqués. On proscrira le café, le thé, boissons alcooliques, tous les excitants du système nerveux. L'anémie et la chlorose seront tributaires des reconstituants généraux, ayant en vue l'augmentation à son taux normal des hématies et de la richesse en hémoglobine ; nous prescrirons le fer, les glycéro-phosphates de chaux, le quinquina et les arsenicaux. Les affections stomacales (dyspepsie consécutive, soit à l'évolution ou à la carie dentaire, soit à une alimentation vicieuse ou insuffisante), trouveront leurs indications dans une alimentation réglée, facilement assimilable, digestible ; dans les affections gastro intestinales, nous conseillerons les désinfectants locaux (benzo-naphtol) et généraux (salicylate de magnésie). L'évolution dentaire sera, très heureusement influencée par les glycérophosphates de chaux ; dans les cas de carie, on aura soin de remettre en état l'appareil dentaire. Le parasitisme sera combattu par les anthelmintiques (santonine, extrait de fougère mâle, etc.).

La constipation, généralement habituelle et opiniâtre, sera combattue par les purgatifs ou les laxatifs. Dans les cas graves, nous conseillons le lavage de l'estomac.

Au traitement général, nous associerons un traitement spécial de l'appareil génital. Si la menstruation n'est pas complète ou supprimée, il sera bon, au moment des époques, de donner à chaque repas, cinq à dix gouttes de teinture de viburnum prunifolium.

L'électrothérapie statique sera conseillée : tous les jours une séance de tabouret de six à trente minutes.

L'hydrothérapie sera un moyen thérapeutique efficace, sous forme de bains ou de douches froides ou tièdes, ou chaudes s'ils sont mal supportés, mais l'hydrothérapie sera employée avec d'infinis ménagements, si le malade présente des tendances à se tuberculiser et, à plus forte raison, s'il l'est déjà, et on surveillera attentivement, très assidûment, les sommets.

Si le malade est de situation sociale qui lui permette des stations minérales, nous conseillerons aux parents soit Bagnères-de-Bigorre, soit Royat.

Enfin, on pourra essayer la psychothérapie : suggestion à l'état de veille.

OBSERVATIONS

Observation première

Due à l'obligeance de M. le docteur Gaujoux, chef de clinique

La jeune V. M..., âgée de 14 ans, est entrée à l'hôpital le 30 novembre 1909. On nous l'a amenée pour la guérir de crises relativement fréquentes et caractérisées par de petites pertes de connaissance, accompagnées de mouvements convulsifs.

C'est il y a deux ans, à la suite d'une fièvre typhoïde, que ces crises nerveuses firent leur apparition. D'abord assez éloignées l'une de l'autre, et uniquement observées au moment des époques menstruelles, ces crises ne présentent pas une symptomatologie uniforme ; tantôt l'enfant se sent poussée à marcher droit devant elle en grimaçant, tantôt, sentant nettement venir une faiblesse, elle s'assied ou s'allonge, et reconnaît pouvoir dominer l'incitation nerveuse qui l'appelle à une perte de connaissance. Dans ses crises, l'enfant entend ce qu'on dit autour d'elle, mais ne peut répondre ; elle ne voit pas les personnes qui l'entourent, et quand elle sort du demi-sommeil dans lequel elle était plongée, elle reste un moment hébétée, ahurie. L'enfant ne perd pas ses urines dans ces crises, ne se mord pas la langue, écume très peu, enfin, se souvient qu'elle vient d'être fatiguée. La fréquence de ces acci-

dents est actuellement assez grande : tous les trois ou quatre jours et plusieurs fois dans la journée.

Au point de vue général, cette enfant est assez bien portante, ne tousse ni ne crache, mange bien, dort bien, va régulièrement à la selle. Elle souffre un peu du ventre, mais dans les régions ovariennes. Pas d'œufs d'helminthes dans les selles. Pas d'albumine, ni de sucre dans les urines. Sensibilité et motricité générales normales, mais hyperesthésie ovarienne assez nette, vulvite assez ancienne et très caractérisée, sans gonocoques. Au point de vue intellectuel, l'enfant est peu développé. Les dents sont mal implantées, mais une seule cariée et peu avancée ; l'évolution de la dent de quatorze ans n'est pas terminée.

Le père et la mère de cette fillette sont bien portants, mais de grands nerveux, le père facilement coléreux, la mère, névropathe, a présenté toute une série d'algies abdominales, pour lesquelles on est intervenu chirurgicalement sept fois.

Depuis l'entrée de l'enfant à l'hôpital, on a institué un régime alimentaire assez sévère (alimentation liquide ou demi-liquide). Au point de vue médicamenteux, la petite malade reçoit du fer, un peu d'arséniate de Na, du sirop de quinquina (40 grammes), du bromure (1 gr.), de l'iodure (50 ctgr.). L'enfant prend, en outre, des injections quotidiennes de permanganate.

Les crises semblent s'espacer ; l'enfant reconnaît elle-même pouvoir, par la volonté, en arrêter plusieurs ; la dernière s'est produite avant-hier et dura très peu. L'enfant a eu ses règles normales le 24, mais elles retardaient un peu et auraient dû arriver le 13.

Observation II

Due à l'obligeance de M. le docteur Maillet, chef de clinique

La jeune A... D..., dix ans et demi, entrée à l'hôpital le 30 avril 1910, pour crises nerveuses. Le père est mort bacillaire ; c'était un éthylique assez marqué, coléreux. Une sœur du père, très nerveuse, serait morte à la suite de crises nerveuses. La mère est en bonne santé. Un enfant mort de méningite. Deux autres enfants en bonne santé, dont un garçon âgé de 20 ans actuellement, qui aurait eu des convulsions en bas âge, dues à des vers, nous dit la mère.

Comme antécédents personnels, l'enfant est née à terme, nourrie au sein, toujours chétive, a eu de fréquentes bronchites en bas-âge. Elle aurait depuis deux ans des crises au cours desquelles elle aurait même perdu connaissance. Elle en avait une ou deux par an. Depuis une semaine, elle aurait des crises tous les matins. Début par la main droite, où elle sent des piqûres, des fourmillements ; puis elle a un peu de contracture du bras et les convulsions gagnent la face ; elle fait des grimaces, présente de la pâleur, de la cyanose. Pas de perte de connaissance.

L'examen des divers appareils ne montre rien de particulier, si ce n'est une constitution génitale frêle, de pâleur très marquée. L'enfant est manifestement anémique. L'examen de la bouche montre une dentition très défectueuse. La mâchoire supérieure surtout présente la canine et l'incisive latérales supérieures gauches en voie de remplacement ; les dents de lait sont tombées, les dents définitives en évolution. La deuxième pré-molaire est branlante et il suffit d'un coup de pouce pour la faire tomber.

L'enfant avoue alors qu'elle a assez souvent souffert des dents.

Traitement. — 1. Lavage antiseptique de la bouche, fréquents ;

2. Bromure de potassium (0 gr. 60) ; sirop d'écorce d'orange amère (40 gr.) ;

3. 40 gr. de solution de glycéro-phosphate de chaux ;

4. Sirop de quinquina ;

5. Alimentation des choréïques.

Depuis son entrée à l'hôpital, l'enfant n'a pas présenté de crises.

Examen des urines : rien d'anormal.

Enfant sortie le 10 mai, sans avoir présenté de crises. Actuellement, 2 juin, depuis sa sortie, elle est soumise à un régime alimentaire sévère et n'a pas présenté de crises.

Observation III

La jeune N. E..., quinze ans, est entrée dans le service le 25 juin, pour des crises convulsives et de l'anémie. C'est en mai 1909 que se produisit la première perte de connaissance, avec convulsion. Elle eut lieu un mois et demi ou deux mois après une grande frayeur. En travaillant à l'imprimerie, elle eut ses jupes prises par le volant d'une machine et dut se rejeter violemment en arrière pour ne pas être entraînée. C'est à la suite qu'elle eut sa première crise.

Depuis ce moment (mai 1909), notre malade a présenté une crise en juin, deux en août, deux en septembre, quatre en octobre, deux en novembre et trois en décembre.

La malade a quitté tout récemment le service parce qu'elle y languissait.

Les crises de l'enfant ne présentent pas toutes les mêmes caractères ; tantôt la malade n'a qu'une simple perte de connaissance avec contracture généralisée ; les autres fois, on assiste à une crise assez longue, avec convulsions, puis contracture et bave écumeuse, mais sans aura et sans morsure de la langue, ni perte des urines. Elle vomit même quelquefois.

L'examen de l'état général de l'enfant révèle une anémie assez marquée ; aux deux sommets, la respiration est soufflante, l'expiration prolongée. Pas d'albumine dans les urines, quelques pertes blanches. L'enfant n'a pas été réglée depuis juillet, souffre du ventre à gauche, dans la région ovarienne. Du côté de la dentition, on a noté de la carie dentaire de dents définitives : première grosse molaire à gauche en haut et deuxième grosse molaire à droite et en haut. L'évolution des dents de quatorze ans est encore inachevée.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante ; trois enfants bien portants ; père, garçon d'hôtel, bien portant.

Antécédents personnels. — Rougeole, fièvre typhoïde à 6 ans. Rachitisme léger. Sujette aux migraines.

1. Régime alimentaire surveillé (alimentation liquide ou demi-liquide) ;
2. Bromure (1 gr.) ;
3. Sirop de quinquina (40 gr.) ;
4. Solution de phosphate de chaux à 5/100 (40 gr.).

L'enfant est sortie le 4 janvier 1910 ; la mère devait la garder à la maison et la faire vivre au grand air. Mais,

pour des raisons de pauvreté, elle l'a remise à l'atelier, où elle eut, comme on sait, sa première crise, et, au bout de quelques jours, elle eut une forte crise au cours de laquelle elle tomba et se blessa. Elle entra à l'hôpital pour la deuxième fois le 19 février ; a eu ses règles le 21 février. Depuis, plus réglée du tout. Elle pèse, le 1er mars 1910, 43 kilogs 200. Le 4 mars, crise. Le 8 au matin, nouvelle crise ; vomissement ; avait pris du lait à six heures du soir, du chocolat à sept heures. Nouvelle crise le 12, avec vomissements. Hypoglobulie : 4 millions ; à l'hémoglobinomètre de Gowen : 84. Pesée le 15 mars : 42 kilogs 700. On trouve un souffle à la mitrale au premier temps. Un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite. Constipation marquée. Utérus petit. Douleurs dans le cul-de-sac gauche et à la pression abdominale dans région ovarienne correspondante. Pertes blanches. Le 29 mars, nouvelle crise. Le 5 avril, crise avec vomissements consécutifs ; ne prend pas de bromure depuis trois jours. Le 16 avril, crise légère ; a eu envie de vomir ; un peu de douleur intercostale. Le 23 avril, a failli avoir une crise à deux reprises ; a pu se retenir. Le 26 avril, l'enfant se plaint de douleurs abdominales. Le 7 mai, crise très forte; s'est mordu la langue sur les côtés. A vomi plusieurs fois avec nausées. La veille, forte migraine. On augmente la dose de bromure : 1 gr. 50 au lieu de 1 gr. Le 12 juin, crise légère. Le 22 mai, a failli avoir une crise, a pu se retenir. Le 4 juin, a failli avoir une crise. Le 20 mai, pèse 42 kilogs 600.

En résumé, ces causes surviennent le plus souvent à cause d'une excitation venue de l'appareil digestif, ou sous une influence que l'on peut retrouver : constipation, cessation de bromure, douleurs émanées de zone génitale, le tout greffé sur un fonds d'anémie et de nervosisme (ab-

sence des règles depuis février). La plupart du temps, les crises sont accompagnées de nausées, souvent de vomissements ; souvent la malade sent venir ses crises (fourmillements, boule épigastrique œsophagienne). Elle peut même se retenir, se tamponner le visage avec de l'eau, parvenant parfois à faire avorter la crise. Quand elle n'y parvient pas, elle tombe ; d'autres fois, elle a le temps de s'asseoir et de se coucher ; elle cherche un appui. La face pâlit, se cyanose, elle bave légèrement, présente des contractions plus ou moins généralisées ; convulsions des yeux.

Observation IV

Due à l'obligeance de M. le Docteur Maillet, chef de clinique

J.-M. L..., 14 ans, entrée dans le service de M. le professeur Baumel, le 29 décembre, pour bronchite.

A son entrée, elle présentait des signes cavitaires du sommet droit, souffle, râles fins, crachait ; fièvre à grandes oscillations.

Antécédents héréditaires. — Mère morte bacillaire, il y a quatorze ans ; père actuellement à l'Hôpital Général, paralysé à la suite d'une attaque.

Trois autres sœurs en bonne santé ; un frère et une sœur décédés (l'un d'accident).

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde au mois d'octobre 1908. Tousse depuis le mois de juin. Dans le même couvent, il y a eu plusieurs enfants bacillaires, dont plusieurs sont venus mourir dans le service.

En présence de ces antécédents et de ce tableau clinique, on pensait à la tuberculose pulmonaire ; pas de

bacilles de Koch dans les crachats, mais des bacilles acido-résistants. C'était donc une pseudo-tuberculose. D'ailleurs, actuellement, les signes pulmonaires ont à peu près complètement disparu. Plus de râles. Il n'y a qu'un peu de respiration soufflante au sommet droit. Plus de fièvre.

L'enfant a augmenté de poids.

Le 20 mars : 39 kilogs.

Le 20 avril : 44 kil. 100.

Le 4 mai : 44 kil. 900.

Le 8 juin : 45 kilogs.

Mais, en février et en mars, crises nerveuses. Malade tombe la nuit, en allant aux cabinets ; la veilleuse doit la rapporter dans son lit. Un peu d'écume aux lèvres, morsure de la langue. Ne se souvient de rien.

Traitement. — Bromure (1 gramme par 24 heures).

Le 12 mars, deux crises identiques aux précédentes.

Le 19 mars, réglée ; ne l'avait pas été depuis son entrée. Un peu de douleur abdominale. Règles cessent le 21.

Le 4 avril, crise.

Le 9 avril, règles revenues.

Le 4 mai, règles.

Le 5 juin, règles.

Etat de la dentition. — On a arraché ces jours-ci la première grosse molaire inférieure droite, la première grosse molaire inférieure gauche.

La deuxième grosse molaire inférieure gauche cariée.

La première grosse molaire supérieure droite et gauche cariées aussi.

En somme ces crises surviennent brusquement sans aura, avec perte de connaissance et du souvenir, morsure de la langue, écume aux lèvres et cyanose. Malade tombe

comme une masse. Est-ce de l'épilepsie essentielle ? Malgré antécédents du père ? Non, il y a simplement prédisposition nerveuse. Est-ce de l'épilepsie symptomatique tuberculeuse cérébrale ? On y a pensé un moment. En présence d'évolution, non. Crises épileptiformes ou épileptogènes. Influence des règles et d'excitation dentaire. Tronc en arc-de-cercle, contractures des membres. Elle revient à elle au bout d'un temps assez variable, parfois cinq ou six minutes et se souvient alors de tout. Jamais, elle n'a perdu ses urines ou ses matières. Une seule fois, elle s'est mordu la langue. Depuis près d'un mois, elle n'a plus eu de crises.

CONCLUSIONS

L'hystéro-épilepsie est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, et son début coïncide généralement avec la puberté.

Elle reconnaît comme causes principales : l'hérédité, les troubles de l'appareil génital ; comme causes efficientes : les diathèses arthritique, neuro-arthritique, alcoolique, les troubles digestifs.

Le diagnostic offre des difficultés. Cependant l'hérédité, les symptômes principaux, les crises le faciliteront.

Le pronostic doit être réservé, quoique cette ou ces affections soient parfaitement curables.

Le traitement sera local ou général.

BIBLIOGRAPHIE

Gille de la Tourette. — Traité de l'hystérie, 1825, Baillère, page 537.

Grasset. — Hystérie. Dans le dictionnaire encyclopédique. — Leçons sur l'hystérotraumatisme, 1885. Archives générales de médecine, janvier 1903, p. 19.

Grasset et Rauzier. — Maladies du système nerveux, t. II, p. 829 et p. 719.

Gresnier. — Thèse d'agrégation, 1886, Paris.

Guinon. — Les agents provocateurs de l'hystérie. Thèse Paris, 1889.

Janer. — Obsessions de psychasthénie. T. II, p. 354.

Honeff (S.-M.). — Schluch reflek hysteroepilepsia (Med. besieda Voroney, 1894, V. III, p. 321).

Labadie-Lagrave. — 1° Des névralgies pelviennes. Rev. gén. des cliniques et thérapeutiques ; 2° Gynécologie p. 1180, Paris, 1858, XII, p. 197.

Lasègue. — Mémoire sur les hystéries périphériques, 1878.

Lambotte. — Pathogénie et traitement chirurgical de l'hystérie, Presse médicale belge, Bruxelles, 1900.

Lingaro. — Riv. di patol. nevrose et mentale. Juillet 1904.

Muret (M.). — Système nerveux et affections gynécologiques ; Revue médicale de la Suisse Romande. Genève, 1894, XIV.

Pearce (P. S.). — Ann. gynécologiques et pédiât. Boston. 1897-98, XI, 861.

Pitre. — Leçons cliniques sur l'hystérie. T. Ier, 1891, et T. II, p. 63.

Poncel (J.). — La psychothérapie dans l'intervention chirurgicale. Thèse Montpellier, 1904, n° 17.

Potain. — Hystérotraumatisme interne. Semaine Médicale, 9 décembre 1891.

Pozzi. — 1° Gynécologie, p. 602 ; 2° Revue de chirurgie, août 1891, p. 622.

Puech. — Des ovaires, Paris 1873, p. 125.

Raymond et Janer. — Revue de neurologie, 1899, p. 1086.

Sander. — Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie, t. LXI, f. 2, mai 1895.

Sims (H.-Marion). — Hystéroépilep. A report of seven cases by surgical treatment. Ann. Journal of obstetric, juillet 1893.

— Progrès Médical, 1881.

Soller. — 1° Hystérie et son traitement (Alcan, 1901). 2° Genèse et traitement de l'hystérie (Alcan, 1897).

Vogt. — Sur le genre et la nature de l'hystérie, XIIe congrès de Méd. (Psychiatrie), 1900. Comptes-rendus, Paris 1901, p. 135.

Baumel (L.). — Maladies des enfants.

Bosc. — Recherches sur la formule urinaire de l'hystérie (Société de Biologie, 7 mai 1892).

— Formulaire urinaire complété de l'attaque d'hystérie (Société de Biologie, 23 juillet 1892).

— Toxicité urinaire dans l'hystéro-épilepsie (Soc. de Biol., 30 janvier 1893).

Feré. — Sur le diagnostic de l'hystérie et de l'épilepsie (Société de Biologie, 14 mai 1892).

Gille de la Tourette. — Traité de l'hystérie.

Gille de la Tourette et Cathelineau. — La nutrition dans l'hystérie. Progrès Médical, 10 décembre 1892.

Grasset et Rauzier. — Maladies du système nerveux, t. 2.

Mairet et Vires. — Un stigmate permanent de l'épilepsie. Communication à l'Académie de médecine, 26 janvier 1897.

Voisin (J.). — L'épilepsie.

Voisin (J.) et Péron (A.). — Recherches sur la toxicité urinaire chez les épileptiques. Recherches de neurologie, 1892, p. 178, 1893, p. 65.

Voisin (J.) et Petit (R.). — De l'intoxication dans l'épilepsie. Recherches de neurologie, numéros 98 à 102.

Addison (A.) et Horrden. — Notes cliniques sur la folie épileptique. Journal of mental. scienc., 1866.

Algeri. — Epilepsia larvata ; stato epilettico protratto per piu mesi. Riv. sper. di fren. et med. leg., 1889.

Althaus. — Aliénations mentales post-épileptiques. Brit. med. Journal, 1883 ; Méd. Times, 1885.

André (C.). — De epilepsia dubia. Th. Bonn, 1831. Ind. Catal.

Antonini. — Di una rara forma di impulsione ambulatoria in istero-epilettico per traumatismo. Riv. sper. di fren 1894, p. 193, t. XX.

Aussoleil. — Quelques observations d'épilepsie larvée. Th. Montpellier 1889-90 n° 17.

Baker. — Epilepsie psychique. Boston médic. Journal, 28 avril, 1887.

Ball. — Leçons sur les maladies mentales. Paris, 1880.

— Note sur un cas d'épilepsie avec conscience. Epilepsie larvée, encéphale, 1886, p. 427.

Berliner. — Fall von mania transitoria epileptica Central f. Ger. med., 1875.

Billot. — Discussion sur l'épilepsie larvée. Ann. médic. psych., 1873.

Brouchard. — Les familles d'épileptiques. Th. Bordeaux, 1878.

Bourneville. — Recherches cliniques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Paris 1883.

Chatelain. — Un cas de psychose épileptique. Ann. méd.-psych., 1889.

Christian. — Folie épileptique, épilepsie, Paris 1890.

Combret (J.). — De l'épilepsie larvée. Th. Paris, 1896.

Déjerine. — De l'hérédité dans les maladies nerveuses. Th. d'agrég., 1886.

Délesiauve. — Traité d'épilepsie, Paris 1854.

— Discussion et mémoire sur l'épilepsie larvée. Ann. méd. psych., 1878.

Didier (A.). — De l'emploi de l'électrisation faradique comme moyen de diagnostic de l'hystérie et de l'épilepsie. Lyon méd., 1888.

Dotto. — Epilessia psichica. Palermo, 1894.

Féri. — Les épilepsies et les épileptiques. Revue de médecine, 1894.

Finlay. — Epileptie insanity. The Glascow méd. journal 1889.

Fischer. — Epileptoïde schlafzustânde. Archiv. für psych. t. VIII.

Foville. — Des recherches cliniques et statistiques sur la transmission héréditaire de l'épilepsie. Ann. médic. psych., 1868, t. XI.

Gerstacher. — Un cas d'épilepsie psychique. Allg. Zeits. f. Psych., 1889.

Gowers. — Leçons sur l'épilepsie, 1885.

Jancken. — Etats épileptoïdes. Vienne med. Wochenschr., 1887.

Jannin. — De l'épilepsie larvée. Th. Paris, 1875, n° 352.

Joffroy. — Leçons cliniques sur l'épilepsie (Ste-Anne), 1896.

Kowalewsky. — L'épilepsie ; son traitement. Saint-Pétersbourg, 1898.

Krafft-Ebing. — Un cas d'épilepsie larvée intermittente. Wiener Med. Presse, 1893.

Lafargue et Bulard. — Epilepsie larvée. Bordeaux Méd., 1875.

Magnan. — Leçons cliniques sur l'épilepsie. Progr. méd., 1882.

— Délires dans l'épilepsie et l'hystérie. Pr. médic, 1896.

Ottolenghi. — Le epilessie psichiche. Torino, 1890.

Du Pasquier. — Les épilepsies. Bull. médic., 9 décembre 1891.

Raymond. — Leçons sur le système nerveux, Paris, 1895

Reynolds. — Epilepsie. London, 1861.

Tissot. — Traité de l'épilepsie, 1770.

Tonini. — Le epidemie, 1885.

Trousseau. — Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu, 1868.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 10 juin 1910.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil d'Université,
Léon G. PELISSIER.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 9 juin 1910.
Pour le Doyen,
L'assesseur délégué,
G. SARDA.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesse ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !